

様式第1号

年 月 日

磐田市立総合病院 病院長

様

養成機関等の名称

代表者氏名



実習委託申請書

このたび貴院において（ ）を実習させたく、実習生名簿及び実習計画表を添えて申請いたしますので、ご許可くださるようお願い致します。

なお、許可の上は、下記の事項を遵守いたします。

記

- 1 実習に際しては、貴院の諸規則を遵守させるとともに貴院の責任者の指示に従わせます。
- 2 万一実習生の故意又は過失による事故等により、貴院に損害を及ぼした場合、又は実習生が被災した場合は、当方が一切の責任を負います。